37e Année. — N° 23. Vendredi 6 Juin 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique médicale : Diabète sucré chez une jeune fille de dix ans, par le Dr L. Galliard.— Un cas de mort par thrombose des sinus dans la chlorose, par Paul Sollier. — **Revue d'obstétrique** : De la déchirure centrale du périnée, par le Dr Al. Boissard. — **Bibliographie** : Les anesthésiques, physiologie et applications chirurgicales, par A. Dastre. — Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements, par le Dr A.-J. Martin. — Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié. — Dispensaire Furtado-Heine. — **Académie de médecine**, séance du 3 juin 1890, présidence de M. Moutard-Martin : Election. — Essai d'antisepsie médicale. — Fracture du crâne; compression cérébrale due à l'hémorrhagie de l'artère méningée moyenne. Trépanation. Aphasie transitoire. Guérison. — De la cure à l'air et au repos des tuberculeux. — **Société de chirurgie**, séance du 4 juin, présidence de M. Nicaise: Traitement du cancer du rectum (*suite*).—Néphrectomie transpéritonéale. — Présentation de malades. — **Société médicale des hôpitaux**, séance du 30 mai, présidence de M. Dumontpallier : Pleurésie purulente à diplobacille de Friedlænder. — Troubles mentaux au cours d'une pleurésie purulente. — **Memento pratique**. — **Variétés** : La vision sous-marine. — **Intérêts professionnels** : La déontologie et l'enseignement médical devant le Parlement belge. — **Nouvelles**. — **Nécrologie**. — **Bulletin bibliographique**.

CLINIQUE MÉDICALE

Diabète sucré chez une jeune fille de dix ans.

Par le Dr L. Galliard (1).

Marie B... âgée de 10 ans, venant de la campagne à Paris pour passer ses vacances du jour de l'an, en décembre 1889, a éprouvé pendant le trajet en chemin de fer (il n'y avait que 30 minutes de voyage environ) un si pressant besoin d'uriner qu'elle n'a pu attendre une station et à dû uriner dans le compartiment. Tel est le fait qui a mis sa maîtresse de pension et ses parents sur la trace du diabète. On a remarqué alors que l'enfant buvait et urinait beaucoup, qu'elle avait un fort appétit, que l'urine *empesait* sa chemise. On a calculé qu'en 24 heures elle émettait de 3 à 4 litres d'urine. Un médecin consulté a constaté la présence du sucre en très grande abondance et l'analyse a fourni 100 gr. par litre. Le diagnostic était donc fait quand l'enfant a été soumise à mon observation le 24 janvier 1890.

Voici les renseignements que j'ai recueillis sur elle. Peu de chose sur les grands-parents ; les deux grands-pères sont morts : l'une des grand'mères vit loin de Paris, l'autre nie toute maladie sérieuse. Son père est bien portant, sa mère est morte phthisique, il y a 4 ans, à l'âge de 32 ans. Elle a une sœur âgé de 11 ans et demi, bien portante A 6 ans elle a eu de la *gourme*, des croûtes dans les cheveux ; à la même époque on remarqua qu'elle avait des sueurs extrêmement abondantes des pieds, puis des mains et de la tête. Ces sueurs ont duré deux ans environ. Depuis longtemps l'enfant a des saignements de nez souvent répétés ; en hiver elle souffre d'engelures des pieds et des mains. A l'âge de 8 ans 1/2 elle a été mise en pension à la campagne ; peut-être n'a-t-elle pas toujours eu là une nourriture suffisante ; elle ne mangeait de viande qu'une fois par jour. Cependant rien n'indiquait dans les derniers mois l'imminence d'une affection sérieuse. La grand'mère de l'enfant, qui me fournit ces renseignements, n'a rien observé de particulier pendant les vacances de septembre. Plus tard, au mois de novembre, allant visiter la petite fille à la pension, cette dame l'a trouvée grandie et maigrie, un peu triste.

Vers la fin de décembre 1889 l'enfant a contracté la grippe ; fièvre, éruption de boutons et de plaques rouges sur la peau, toux, etc. Au moment où elle est arrivée chez sa grand'mère et où les symptômes de diabète étaient signalés pour la première fois, le médecin constata un point congestif au sommet du poumon gauche.

La glycosurie étant reconnue, on institua immédiatement le régime et le traitement : lait, viande cuite et crue, pain de gluten, huile de foie de morue, vin de quinquina, eau de Vichy (Célestins), bromure de potassium, suppression du sucre, des féculents. Au bout de huit jours la quantité d'urine restant la même, la proportion de sucre avait diminué : 80 gr. au lieu de 100 gr. par litre. On notait en même temps que l'enfant précédemment triste, abattue, paresseuse, commençait à reprendre sa gaieté, son entrain habituels.

Le 24 janvier 1890, Marie B... m'est présentée. C'est une enfant maigre, anémique, d'apparence chétive, et de taille moyenne. Elle a une légère blépharite des deux côtés et une sécheresse manifeste de la peau, spécialement aux jambes, mais on ne constate pas d'autre désordre. Pas de cicatrice visible, pas d'engorgement ganglionnaire. Rien à la bouche, rien aux gencives, pas d'éruption, pas de rougeur au niveau des organes génitaux externes. On ne trouve ni gonflement de la rate, ni gonflement du foie. Le cœur est sain, le pouls normal, la respiration est normale des deux côtés ; sous la clavicule gauche, submatité à la percussion, sans modification du murmure vésiculaire, sans souffle. Pas de lésion oculaire, pupilles normales. Absence de troubles du système nerveux, pas d'anesthésie. Je constate seulement l'abolition complète du réflexe rotulien à droite et à gauche.

L'enfant a un fort appétit et les fonctions digestives

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

s'accomplissent bien. On ne remarque pas d'odeur spéciale de l'haleine. Poids de la malade, 49 *livres*.

Je prescris 3 cuillerées à soupe d'huile de foie de morue par jour, deux cuillerées à café de solution arsenicale (2 milligrammes d'arséniate de soude), une pincée de bicarbonate de soude dans chaque verre d'eau rougie. On donnera à l'enfant de la viande, des légumes verts, de la croûte de pain, du bouillon, le tout suivant son appétit. Exercice modéré. Friction sèche tous les matins.

3 février. La polyurie persiste. L'enfant se lève de sa chaise à chaque instant pour uriner; elle urine deux ou trois fois la nuit. Quantité recueillie en 24 heures : 3 litres 1/2. Voici les résultats de l'analyse faite par un pharmacien de la ville :

Urine limpide, jaune pâle, faiblement acide, pas d'odeur spéciale.

Densité 1030 à + 15°.

Sucre 91 gr. 57 par litre, soit 320 gr. 49 pour 24 heures.

Pas d'albumine.

Urée non dosée.

Le 13 février, la quantité d'urine diminue ; on n'obtient aujourd'hui que 2 litres 200. L'état général s'est amélioré. L'enfant est plus forte, plus alerte. La peau est sèche, il y a de la desquamation au niveau des doigts. Traitement *ut supra*.

27 février. 3 litres 1/2 d'urine en 24 heures. Coloration jaune clair, réaction franchement acide.

Densité, 1043 à + 15°

Sucre 96 gr. 21 par litres, soit 336 gr. 73 en 24 heures.

Pas d'albumine.

La quantité de sucre a donc augmenté. Cependant, l'enfant se trouve bien; elle est active, s'occupe du ménage, lit et écrit, prend quelques leçons. Je conseille de continuer la médication prescrite et surtout de surveiller rigoureusement l'alimentation.

Le 10 avril. Amélioration notable. L'enfant a bonne mine; le teint est plus coloré. Elle pèse 54 *livres*, elle a donc gagné 5 *livres* en dix semaines. On remarque qu'elle urine beaucoup moins souvent, quitte moins souvent la chaise pour aller aux cabinets ; elle se lève rarement la nuit.

Quantité d'urine recueillie en 24 heures (du 9 au 10 avril) : 2 litres exactement.

Note remise par le pharmacien qui a analysé ce liquide :

Couleur de l'urine, jaune pâle ; aspect louche ; odeur faible; réaction acide.

Densité à + 15°, 1043.7.

Traces de sérine et de mucine

Eléments fixes.....	125 gr.		par litre	250 gr.		
Sucre.....	70 gr.	20	»	140 gr.	40	
Urée.....	14	93	»	29	86	
Chlore.....	4	11	»	8	22	
Acide urique.....	0	26	»	0	52	
Acide phosphorique.	1	09	»	2	38	
Urobiline (?).....	0	20	»	0	40	
Acidité totale (dosée en PhO^5) en 24 heures	1,24		»			

L'examen microscopique montre des débris de cellules épithéliales du rein, des cellules pavimenteuses et des phosphates terreux.

On voit que la glycosurie a diminué comme la polyurie, pendant les six semaines écoulées depuis la précédente analyse : 140 gr. 40 en 24 heures au lieu de 336 gr. 73. Nous ne pouvons mesurer les variations de l'urée qui n'avait pas été dosée jusqu'ici, mais le chiffre de 29 gr. 86 est élevé pour un enfant de 10 ans. On peut donc dire qu'il y a, dans une certaine mesure, *azoturie* (peut-être à cause de la nature des aliments) en même temps que glycosurie.

On note toujours la polyphagie et la polydipsie. L'examen minutieux de l'enfant ne me révèle rien de nouveau. Thorax et abdomen, bouche, gorge, sens spéciaux, système nerveux sans modification. La desquamation de la peau des doigts a persisté ; il y a même deux ongles détachés en partie et qui vont tomber ; pas d'autre trouble trophique à signaler.

Ces résultats satisfaisants m'encouragent à continuer la médication par l'arséniate de soude et à insister sur le régime ; je conseille la diète carnée à partir de ce jour. L'observation sera tenue au courant.

Un cas de mort par thrombose des sinus dans la chlorose (1).

Par Paul Sollier.

Interne des hôpitaux.

La thrombose des sinus dans le cours de la chlorose est chose rare et c'est à peine si on voit mentionner cette complication par les auteurs. M. Moriez n'en parle même pas dans sa thèse et M. Jaccoud, en l'indiquant, dit en avoir observé deux cas sans donner d'autres détails. M. Prolez (De la thrombose veineuse dans la chlorose. Th., Lyon, 1889) a, dans une thèse récente, rassemblé les différents cas épars dans la science. Le nombre en est bien faible, car il n'a pu en réunir que cinq qui, joints à un cas personnel, portent à six seulement les observations connues. Parmi ces cas, deux mêmes sont sujets à contestation, à cause de leur concision, qui permet de se demander si le diagnostic de chlorose est bien exact. Ce sont les cas de Andrew (*Trans. of the path. soc.* vol. XVI, p. 127) et de Church (*St Barthol. hosp. Rep.* 1869, p. 179.) Un troisième cas dû à Bollinger (*Gaz. méd.* hebd. de Munich, 1887, p. 298) a été une trouvaille d'autopsie et on n'a guère de renseignements cliniques. Ces considérations ramènent donc à trois seulement les observations authentiques de thrombose des sinus dans la chlorose. L'observation suivante est la quatrième.

Dab... Sartva, âgée de 24 ans, gouvernante anglaise,

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

entre le 4 septembre 1889, à l'hôpital Tenon, salle Couverchel, n° 24, dans le service de M. le Dr Cuffer. Elle n'est en France que depuis quinze jours et par suite de son impossibilité presque absolue de s'exprimer en français, on n'a que des renseignements très imparfaits sur ses antécédents personnels. On apprend seulement qu'elle aurait eu, il y a quelques années, une maladie analogue à celle d'aujourd'hui pour laquelle on aurait porté un pronostic très grave, et dont elle se serait cependant complètement remise. Depuis son arrivée en France, elle vomit tout ce qu'elle prend et cela constamment. Néanmoins, elle n'est pas amaigrie, et son aspect est celui d'une chlorotique vulgaire. Les gencives, les lèvres, les conjonctives, sont extrêmement décolorées. La peau est d'un blanc jaunâtre, surtout au niveau des mains, qui sont tout à fait cireuses. Il n'y a pas de bouffissure de la face, pas d'œdème des membres inférieurs.

A l'auscultation du cœur, on perçoit un souffle extracardiaque très intense, sans autre bruit anormal organique. Pas de frottement péricardique. Dans les vaisseaux du cou existe un souffle continu très marqué. Le pouls est régulier, assez rapide, assez plein, mais dépressible.

La respiration est absolument normale. Les sommets sont intacts. Le foie est normal, ainsi que la rate. L'estomac est un peu dilaté. La malade est sujette à des vomissements, bilieux ou alimentaires. Ces derniers se produisent presque aussitôt après l'ingestion des aliments, et surviennent sans efforts, comme des vomissements cérébraux, dès que la malade se remue ou même sans cause appréciable. Pas de douleur épigastrique, ni dorsale. Jamais d'hématémèse. Constipation extrêmement opiniâtre. Les purgatifs qu'on lui donne (eau de Sedlitz, huile de ricin) sont aussitôt vomis, et les lavements produisent peu d'effet. Pas de ballonnement du ventre, pas de douleur abdominale.

Urine, 500 grammes environ par jour. Pas d'albumine. Jamais de fièvre. Pas de troubles nerveux. La malade ne se plaint que d'un seul symptôme, une douleur continuelle à la nuque. Pas de troubles de la sensibilité générale. Pas de surdité, pas de troubles oculaires. Pas d'hémorrhagies ni d'œdème.

Jusqu'au 12 septembre, la malade qui a été soumise, sans paraître s'en mieux trouver, au traitement de la chlorose, prend un aspect plus abattu. Le 13 septembre l'abattement est considérable. Elle se plaint seulement de sa douleur de la nuque, et vomit tout ce qu'elle prend. Elle se lève encore dans la journée, prend du thé et du beurre, qu'elle rend aussitôt, puis se recouche vers 4 heures et à partir de ce moment ne parle plus qu'à peine. Le soir elle gâte sans s'en apercevoir et tombe dans un état de torpeur qui ne va que s'aggraver.

Le 14, l'abattement est encore plus marqué. Elle reconnaît encore le matin ceux qui l'approchent, mais le soir elle ne le peut plus. La température s'élève à 38°6, et à partir de ce moment elle tombe dans le coma. Une transpiration très abondante la couvre, elle gâte complètement. On peut cependant lui faire avaler encore quelques cuillerées à café de thé au rhum.

Le 15, la température est à 40°2 le matin. La sueur l'inonde littéralement. La face est tournée à gauche. Les pupilles sont égales, mais les yeux sont continuellement animés de mouvements de translation transversale, et restent par moment immobilisés à gauche. De temps en temps ils s'ouvrent et la malade paraît voir ce qui se passe autour d'elle, puis ils se referment à demi et le nystagmus reparaît. Constriction des mâchoires qu'il est absolument impossible d'écarter. Par moments il y a des grincements de dents. Le pouls est à 130, plein, fort. La respiration régulière est très rapide, à 48 par minute. Le souffle extracardiaque a presque disparu.

A certains moments, la respiration se précipite et devient plus bruyante, les paupières s'ouvrent, les yeux font saillie, des larmes viennent, la face rougit; les membres se raidissent légèrement, surtout à gauche, la bouche se dévie en bas et à gauche. Pas de secousses ni de convulsions cloniques. Les mains se ferment et les bras se tournent en dedans. Puis tout disparaît, les membres redeviennent souples, les yeux se referment et leurs mouvements recommencent, la coloration de la face disparaît, la respiration reprend son rythme et sa tonalité ordinaires.

La malade après être restée en cet état toute la journée en présentant de nombreux accès toniques semblables à celui-ci, succombe à 5 heures du soir, sans qu'il se soit rien produit de nouveau depuis qu'elle est tombée dans le coma.

Autopsie le 17 septembre. La température est assez basse et le corps, ainsi que les organes, sont très frais et ne présentent aucun commencement d'altération. Les différents viscères sont absolument normaux. Pas d'adhérences des poumons qui n'offrent aucune altération, et ne présentent aucun tubercule. Le péricarde et le cœur sont tout à fait sains. Pas d'endocardite, pas d'insuffisance ou de rétrécissements orificiels. Foie très pâle, normal.

Reins également décolorés, mais normaux.

Rate et *pancréas*, rien de particulier.

Estomac dilaté. Muqueuse normale; pas trace d'ulcérations anciennes ou récentes, non plus que dans le duodénum. *Intestin* à peu près vide.

Ovaire droit kystique. *Ovaire gauche* et utérus normaux.

Vessie contient de l'urine trouble, presque purulente.

L'urine contenue dans les uretères présente le même aspect, mais au niveau des pyramides elle s'écoule transparente.

Cerveau. Dure-mère non adhérente au cerveau, ni au crâne. Le sinus longitudinal supérieur et le sinus longitudinal inférieur, dans leur moitié postérieure, le sinus occipital et les sinus latéraux sont distendus par des caillots sanguins assez anciens, de couleur brun

chocolat, friables, et ont presque le diamètre d'un petit doigt. Ils sont irréguliers, un peu bosselés. Ils sont en somme le siège d'une thrombose très étendue qui descend presque jusqu'au trou déchiré postérieur. Les jugulaires n'en présentent aucune trace.

Sur l'hémisphère gauche on voit deux des veines superficielles, au niveau du lobule pariétal supérieur, presenter également de la thrombose sur une assez grande partie de leur étendue.

En séparant les deux hémisphères l'un de l'autre on voit sur la face interne de la couche optique droite un petit foyer hémorrhagique qui correspond à un autre semblable au même point de la couche optique gauche, lequel est plus profond.

Les veines du corps strié de chaque côté sont complètement thrombosées dans toute leur étendue. Les plexus choroïdes sont normaux.

La coupe de Flechsig droite est normale. Sur celle de l'hémisphère gauche, on voit dans la partie antérieure de la capsule interne, entre la tête du noyau caudé et le corps strié un foyer hémorrhagique tout récent allongé suivant la direction de la capsule interne, et ayant détruit un peu du noyau caudé et du noyau lenticulaire, avec extravasation sanguine dans leur épaisseur.

En somme, voilà une jeune fille chrorotique, qui après avoir présenté quelques années avant des symptômes de chlorose grave dont elle s'est remise passagèrement, a été prise tout à coup et sans cause apparente de vomissements persistants, accompagnés d'une céphalalgie continue, localisée à la nuque, sans accompagnement de fièvre et qui tombe bientôt dans le coma, présente des convulsions toniques généralisées, avec respiration analogue à celle de Cheyne Stokes, et meurt après avoir offert le tableau clinique terminal de l'urémie cérébrale.

En présence de ces phénomènes on pensait évidemment à une complication cérébrale. Mais de quelle nature? Si, dès le début il y avait eu quelques poussées fébriles, on n'aurait pu songer à de la méningite tuberculeuse. Mais outre l'absence de fièvre, rien dans les antécédents non plus que dans les signes d'auscultation du poumon, ne permettait de s'y arrêter. D'autre part les accidents terminaux ressemblaient singulièrement à des accidents urémiques. Mais jamais on ne constata d'albuminurie.

La gravité de l'état général ne laissait cependant aucun doute sur l'issue de la maladie, bien qu'il ne parût pas possible de poser un diagnostic ferme. Ce diagnostic, dans un cas semblable, pourrait-il être porté avec une grande probabilité? Si l'on examine les différents symptômes présentés dans les différents cas un peu détaillés que nous possédons, on constate un certain ensemble de signes constants. Les vomissements ouvrent la scène comme dans notre cas. Puis vient la céphalalgie, qui ne paraît pas avoir de siège spécial, mais qui, chez notre malade, était nettement en rapport avec le siège de la thrombose la plus ancienne, celle des tissus latéraux. Enfin une torpeur cérébrale très marquée.

A côté de ces symptômes positifs, un signe négatif important, l'absence de fièvre. Lorsqu'on constate ce syndrome chez une chlorotique simple, chez laquelle rien n'autorise à incriminer ni la tuberculose, ni la syphilis, ni l'albuminurie, ne doit-on pas s'arrêter au diagnostic de thrombose des sinus avec de grandes chances de probalité? Je laisse de côté, bien entendu, les symptômes terminaux qui indiquent nettement qu'il s'agit d'une complication cérébrale, dont le diagnostic importe peu au point de vue pratique, les accidents comportant un pronostic presque certainement fatal. Or dans un cas semblable on comprend toute la gravité qu'il y a à porter dès le début le diagnostic de la complication qui nous occupe, chez une jeune fille qui, en apparence, présente une affection bien vulgaire et n'entraînant guère la mort par elle-même rapidement, ce diagnostic menant forcément à un pronostic des plus sombres. Il faudra en tous cas, si on ne se prononce pas, faire les plus expresses réserves sur l'issue de la maladie quand on se trouvera en présence du syndrome que nous signalons ici.

Quant à la nature même de cette thrombose, les auteurs en font une variété des thromboses marastiques. Soit. Mais cependant il faut bien reconnaître qu'il y a là un facteur spécial qui nous échappe. Comment se fait-il en effet que cette complication soit si rare dans une affection aussi commune que la chlorose? Comment se fait-il surtout qu'on la voie survenir chez des chlorotiques qui ne le sont pas à un degré très avancé, dont l'état général n'est pas mauvais et n'a rien de cachectique, comme en témoignent les quelques observations réunies par M. Proby, et notre propre cas? Avant de se prononcer il faut évidemment attendre un plus grand nombre d'observations.

Je n'insisterai pas ici sur le siège même de la thrombose qui est le même que celui observé dans les cas analogues. Mais je signalerai seulement la longue durée de l'affection qui ordinairement est de 2 à 11 jours depuis l'apparition des premiers symptômes, ordinairement les vomissements, et qui chez notre malade a été d'au moins 25 jours.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

—

De la déchirure centrale du périnée

Par le Dr Al. BOISSARD,
Chef de clinique d'accouchements.

Lorsqu'il y a solution de continuité, perforation du périnée entre l'anus et la fourchette on dit qu'il y a déchirure centrale du périnée; dans ce cas la commissure postérieure de la vulve est intacte, et la solution

de continuité intéressant l'épaisseur totale du plancher pelvien communique librement de l'extérieur du périnée avec le canal vaginal ; un pareil accident est un fait assez rare puisque le Dr Charpentier dans son mémoire paru sur ce sujet en 1885 dans les *Archives de Tocologie* n'en rapporte que 56 cas ; nous croyons donc intéressant d'en rapporter un nouveau cas que nous avons observé à la clinique Baudelocque dans le service de notre maître, le professeur Pinard.

Observation. — La nommée Sch., 22 ans, entre à la clinique Baudelocque, le 11 mai 1890 parce qu'elle souffre depuis quelques heures.

Cette femme, régulièrement réglée, est enceinte pour la première fois, et a eu ses dernières règles le 4 août 1889.

Par le palper, on constate que le fœtus se présente par le sommet en position droite, variété postérieure ; la tête est profondément engagée : le fœtus est vivant.

En examinant les organes génitaux externes, avant de pratiquer le toucher, on constate que l'ouverture vulvaire est orientée en haut et en avant ; le capuchon du clitoris est sur la face inférieure du pubis, et n'est distant du bord supérieur de la symphise pubienne que de l'épaisseur d'un travers de doigt ; lorsqu'on fait rapprocher les cuisses de la femme, et qu'on les met en contact l'une avec l'autre, l'ouverture vulvaire au lieu de se trouver cachée et enfouie pour ainsi dire au fond de l'espace compris entre les cuisses apparaît au contraire librement, et se trouve orientée en haut et en avant ; nous avions du reste déjà dans notre thèse (1) appelé l'attention sur *cette orientation vulvaire.*

En raison de cette disposition, pour pratiquer le toucher, il faut présenter son index de haut en bas, et pénétrer presque directement en bas pour arriver sur la paroi postérieure du vagin ; une fois là, il faut relever le doigt, le porter en haut et en avant pour parcourir tout le canal vaginal, et arriver sur le col ; cette orientation vulvaire fait craindre quelques difficultés pour la terminaison spontanée de l'accouchement.

Le 12 mai, à 5 heures du matin, la dilatation est complète et les membranes se rompent spontanément.

Les douleurs d'expulsion commencent, le mouvement de rotation de la tête se continue et s'achève bientôt : la tête en occipito-pubienne est *poussée directement en bas* et n'a aucune tendance à se diriger vers l'*ouvertuae vulvaire qui ne s'entr'ouve pas pour ainsi dire*, tandisque le périnée fortement poussé par la tête se tend et s'allonge : bientôt la distension, l'allongement et l'amincissement du périnée sont si considérables que par *transparence* on voit la tête fœtale, alors que la vulve est à peine entr'ouverte.

Sous l'influence d'une contraction utérine, le périnée qui avait déjà cédé du côté de la muqueuse, cède du côté de la peau, et on voit se produire sur la peau, entre l'anus et la commissure postérieure, une boutonnière cutanée de la dimension d'une pièce de 50 centimes par où sort une portion du front ; le périnée mesure alors 11 centimètres.

On maintient énergiquement la tête pour empêcher son expulsion à travers cet orifice qui irait en s'agrandissant, et pour éviter l'extension de la déchirure du côté de l'anus, on sectionne d'un vigoureux coup de ciseaux le pont cutané qui se trouve entre cette orifice et la fourchette.

L'incision faite presque sur la ligne médiane mesure près de 5 centimètres ; le dégagement de la tête se fait alors par l'ouverture vulvaire, et la déchirure ne s'étend pas du côté de l'anus.

Expulsion d'un enfant vivant, du poids de 2.800 gr. Délivrance spontanée au bout de 25 minutes.

En examinant l'état des organes génitaux externes soigneusement lavés, on constate que la plaie à bords nets mesure à peine 3 centimètres en raison du retrait du périnée ; la réunion est suffisamment assurée au moyen de trois serres fines ; le quatrième jour les serres-fines sont enlevées, la réunion est complète.

Suites de couches physiologiques.

Sans vouloir ici entrer dans de trop longs détails, nous dirons que la disjonction, l'orientation vulvaire constatée chez cette femme dès son entrée à la clinique est la cause absolue de cette déchirure centrale ; en effet la ligne de descente du fœtus est directe rectiligne, tandis que la ligne de sortie forme avec la première, un angle droit souvent aigu ; dans notre observation, en raison de l'orientation vulvaire, la tête appuyait contre le fond du périnée qui s'amincissait pour former une sorte de sac dans lequel la tête venait se loger ; la ligne de sortie formant un angle très aigu avec la ligne de descente, la tête ne pouvait se relever, et pressant sur le fond du périnée le fit céder en un point central ; si l'on n'était point intervenu en incisant le pont cutané, très probablement l'accouchement se serait fait par cette perforation irradiée et agrandie, la tête continuant son mouvement de descente directe.

Nous croyons, pour notre part, que cette orientation vulvaire est la cause capitale et la plus fréquente des déchirures centrales du périnée, et l'observation que nous rapportons ici vient encore à l'appui de notre manière de voir.

Dr Al. BOISSARD.

(1) De la forme de l'excavation pelvienne au point de vue obstétrical, 1885 par le Dr Al. Boissard.

BIBLIOGRAPHIE

Les anesthésiqnes, physiologie et applications chirurgicales, par A. DASTRE, professeur de physiologie à la Sorbonne. Paris, G. Masson, 1890.

Peu d'agents ont rendu autant de services à la médecine que les véritables anesthésiques ; c'est là une vérité devenue banale à force d'être répétée. Aussi tous les observateurs qui ont compris l'intérêt de cette

nouvelle conquête, l'anesthésie, ont poursuivi avec ardeur l'étude de ses nouveaux agents. L'application des anesthésiques, du chloroforme en particulier, avait entraîné dans quelques circonstances des malheurs imprévus. En rechercher les causes multiples, telle fut la tâche que s'imposèrent à la fois un grand nombre de physiologistes et de cliniciens. Si nous approchons du moment où le chloroforme pourra être manié avec sûreté et en toute connaissance de causes, nous le devrons surtout aux physiologistes qui se sont efforcés par des expériences sans nombre d'en pénétrer toutes les actions sur les appareils, sur toutes les activités de l'organisme. La physiologie expérimentale, en expliquant les dangers de l'anesthésie, a donné en même temps à la médecine le moyen de les éviter. Mais le nombre des travaux publiés sur cette question est devenu considérable, leur dispersion dans les recueils les rendait stériles ou tout au moins condamnait le médecin qui désirait s'éclairer à des recherches pénibles. M. le professeur Dastre a pensé avec raison que le moment était venu de passer au crible de la critique ces innombrables documents et de donner au public médical un traité de l'anesthésie résumant nos plus récentes acquisitions. Mais qu'on ne s'y trompe pas, il ne s'agit pas ici d'un simple travail critique, car M. Dastre a apporté sur ce sujet certains faits considérables et originaux, et dans les travaux dont la clinique tirera un profit immédiat on reconnaîtra le disciple de notre grand physiologiste, Cl. Bernard, auquel il est resté fidèle par l'esprit à la fois critique et pratique qu'il apporte dans ses expériences.

Dans une introduction, l'auteur nous donne une intéressante étude historique de l'anesthésie dont les origines cependant ne remontent qu'au commencement du siècle avec la découverte du protoxyde d'azote. Avec le livre premier, on aborde l'étude de la physiologie générale de l'anesthésie, des anesthésiques vulgaires, éther et chloroforme. Un chapitre est consacré à cette anesthésie particulière qu'on emploie parfois pendant l'accouchement. Entrant dans l'étude de la physiologie spéciale de la chloroformisation, l'auteur nous montre dans l'emploi des mélanges titrés le moyen de régler la pénétration des vapeurs anesthésiques, ce qui permet d'écarter certains accidents qui tiennent à l'inégalité de l'absorption des vapeurs. Malheureusement la découverte de ce fait qui est due à Paul Bert n'offre qu'un intérêt théorique en raison de la difficulté que présente l'emploi des gazomètres, encombrants dans la pratique. Le danger de l'anesthésie commence avec l'arrivée des vapeurs sur la muqueuse respiratoire, il peut se produire ici des excitations du trijumeau et du laryngé qui se réfléchissent par le pneumo gastrique et produisent l'arrêt du cœur ou l'arrêt de la respiration. L'action physiologique du chloroforme sur les appareils respiratoire, circulatoire et nerveux est exposée avec une grande clarté. Pour bien comprendre cette action, l'auteur rappelle trois principes physiologiques qui contiennent l'explication des phénomènes observés : le principe des périodes qui consiste dans un certain ordre régulier d'envahissement des différents centres nerveux, le principe de l'excitation paralytique, c'est-à-dire de l'excitation précédant la paralysie, enfin celui de la prédominance des effets modérateurs; après quoi, l'auteur divise, à l'exemple de M. Duret, la chloroformisation en deux périodes : le sommeil anesthésique, et l'anesthésie avec résolution musculaire. C'est au moyen des réflexes que l'on peut suivre l'anesthésie parmi ces derniers. M. Dastre signale le réflexe labio-mentonnier, comme un de ceux qui persistent le plus longtemps, aussi lui a-t-il donné le nom d'*ultimum reflex*. Les accidents de la chloroformisation trouvent à cet endroit leur explication physiologique. Le chapitre suivant est consacré à l'emploi chirurgical de l'anesthésie chloroformique et décrit les procédés d'administration du chloroforme, les phénomènes accessoires de l'anesthésie, ses irrégularités, ses accidents graves et mortels, le traitement des accidents et les contre-indications à l'emploi du chloroforme. Cette partie du livre, d'une haute valeur pratique, se termine par l'étude de l'éthérisation et sa comparaison avec le chloroforme au point de vue physiologique et chirurgical.

Parmi les divers anesthésiques généraux que le professeur Dastre étudie, nous trouvons le protoxyde d'azote, le chloral, le bromure d'éthyle, les dérivés chlorés du formène et de l'éthylène, enfin la cocaïne. La combinaison des divers anesthésiques donne lieu aux anesthésies mixtes parmi lesquelles le chloroforme, l'atropine et la morphine, méthode mixte due aux recherches de MM. Dastre et Morat, offre une importance extrême au point de vue pratique, puisqu'elle constitue un moyen sûrement efficace pour prévenir les accidents cardiaques et bulbaires du chloroforme Cette méthode qui offre d'immenses avantages, a fait péniblement son chemin malgré tout le talent qu'a mis M. Dastre à la défendre, il faut cependant espérer que la lecture des pages qui y sont consacrées finira par entraîner la conviction pour le plus grand bien des opérés. L'ouvrage sur les anesthésiques se termine par l'histoire de l'anesthésie locale. Bien que ce livre soit écrit par un physiologiste, on voit, par la nature des problèmes qui y sont traités, qu'il s'adresse directement au praticien par les déductions pratiques qu'il renferme. Le professeur Dastre, en publiant ce livre, ne pouvait pas mieux démontrer l'importance des données physiologiques dans tout ce qui touche à la pratique médicale.

L. JUMON.

Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements, par le Dr A.-J. MARTIN, membre du Comité consultatif d'hygiène publique en France, in-12, 346 p., Lyon et Paris, 1890.

La très intéressante *Bibliothèque scientifique de l'avocat* et *du magistrat* que publient les éditeurs

Storck à Lyon et Steinheil à Paris, sous la direction du Dr Lacassagne, vient de s'enrichir d'un nouveau volume dû à la plume du Dr A.-J. Martin.

L'auteur s'est proposé de parler des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements et nul n'était plus autorisé que lui pour traiter cette question de législation sanitaire.

Parmi les prérogatives que procure la puissance publique, dit le Dr Martin, il n'en est pas assurément de plus précieuse que celle de pouvoir, par des mesures appropriées, diminuer le tribut que l'humanité paie à la maladie et à la mort. Cette prérogative s'exerce par l'application de lois spéciales et il est aujourd'hui permis de penser que le taux de la mortalité dans une agglomération humaine se trouve influencé par l'état de la législation sanitaire et de l'organisation administrative chargée d'appliquer cette législation.

Ces lois sont-elles actuellement parfaites ? Sont-elles appliquées comme il conviendrait ? Non sans doute ; mais le Dr A.-J. Martin, très familiarisé avec les questions législatives et administratives, expose qu'il n'est pas immédiatement nécessaire de bouleverser de fond en comble nos institutions sanitaires ni d'attendre du Parlement le vote de lois organiques spéciales. Il pense qu'il faut donner d'abord aux lois en vigueur et aux institutions administratives existantes toute la puissance d'action qu'elles comportent. Et si on doit faire quelques réformes urgentes, c'est pour que les administrateurs ne trouvent pas dans la législation existante un obstacle invincible aux mesures qui sont d'une évidente utilité.

C'est en vain que pour nier ces principes on ferait appel au respect de la liberté. L'auteur connaît cet argument ; nul n'est plus soucieux que lui de ce respect ; mais nul n'est mieux fourni d'exemples pour démontrer que la liberté individuelle se limite à la liberté d'autrui et doit céder parfois à l'intérêt général.

Nul, dit-il, ne peut imposer de lui-même à son voisin la suppression d'une mare infecte, d'un dépôt d'immondices, d'une fosse qui souille le puits mitoyen ; nul ne peut se soustraire de lui-même aux dangers dont le menace l'insalubrité d'une ville qui n'a ni égoût, ni eau potable, et forcer le Conseil municipal à l'assainir ; il est donc quelquefois nécessaire que l'autorité publique puisse, en matière d'assainissement, exercer une contrainte soit à l'égard des particuliers, soit à l'égard des pouvoirs locaux.

Tout cela est clairement déduit, présenté dans un style sobre, mais non sans élégance, dans le nouveau livre du Dr A.-J. Martin.

Le lecteur y trouvera l'exposé de la législation et le commentaire des lois, décrets, règlements qui concernent la santé publique et plus particulièrement ce qui est applicable aux épidémies. Tout ce qui concerne les pouvoirs des maires et des préfets, la petite et la grande voirie, les logements insalubres, les établissements classés, la protection des rivières et eaux alimentaires, le desséchement des marais, la police sanitaire maritime, les actes de l'état civil, la protection de l'enfance, les falsifications alimentaires, les épizooties, etc., s'y rencontre soit in-extenso, soit très habilement résumé. Un chapitre décrit l'administration sanitaire actuelle ; un autre traite de la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. C'est un guide précieux et sûr pour l'hygiéniste, pour le médecin ; et je ne crains pas de dire qu'il devrait se trouver dans la bibliothèque de tout citoyen désireux de savoir à l'occasion à qui il doit s'adresser pour le défendre contre les causes multiples d'insalubrité dont il peut être menacé.

Le livre est petit. C'est un in-12 de 350 pages seulement et tout s'y trouve. Qui pouvait ainsi y condenser tant de choses sinon le savant hygiéniste qui a publié en 1884 l'important et si complet travail sur l'*Administration sanitaire civile en France et à l'étranger*.

Dr Henri Napias.

Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et pharmacien de la Réserve et de l'armée territoriale, par le Dr P. Bouloumié, (Paris, Société d'éditions scientifiques, 1890).

Un décret du 19 décembre 1889 a rendu un examen exigible pour les médecins aides-majors de première classe qui aspirent aux grades supérieurs dans la réserve et dans l'armée territoriale. Mais où et comment préparer cet examen ? Le Dr Bouloumié a fait à cet effet une série de leçons, et c'est l'ensemble de ces leçons qu'il publie aujourd'hui sous forme de manuel. Mais afin de le rendre utile à tous, non pas seulement à ceux qui, déjà gradés, désirent passer à un grade supérieur, mais encore aux étudiants et aux médecins ou pharmaciens qui ne sont pas encore officiers, le Dr Bouloumié a réuni dans cet ouvrage tout ce qu'il est nécessaire de savoir ou de connaître pour faire un service militaire actif dans un grade ou une fonction quelconque de la hiérarchie.

Dans une première partie, la partie législative, l'auteur étudie : 1° l'armée, son organisation générale, son recrutement, son administration ; 2° le service de santé, son organisation générale, sa constitution, son recrutement.

Dans une deuxième partie, nous voyons le régiment à la caserne et en route, et le service de santé au régiment et à l'hôpital, en temps de paix et en temps de guerre. C'est un chapitre de notions pratiques.

Enfin, dans une troisième partie, partie médico-chirurgicale, se trouvent des notions d'hygiène militaire, de maladies et d'épidémies des armées, de chirurgie d'armée, spécialement étudiées au point de vue du service en temps de guerre.

Ainsi conçu, le manuel du Dr P. Bouloumié vient donc combler une lacune et rendre les plus grands services, à ceux qui sont non seulement candidats aux grands supérieurs, mais encore à tous les méde-

cins et pharmaciens, car tous voudront être à la hauteur de leur tâche le jour où les événements les appelleraient sous les drapeaux. La compétence toute particulière de l'auteur ajoute encore à l'intérêt de cet ouvrage essentiellement pratique, auquel nous pouvons, sans être grand prophète, assurer un plein succès.

E. DESCHAMPS.

Dispensaire Furtado-Heine. — *Statistique médicale*, 1889, in-4°, 27 p. Paris, imp. Chaix.

Le chiffre des consultations données au dispensaire Furtado-Heine démontre mieux que tout autre argument les services rendus par cet important établissement. Le chiffre s'est él vé pour l'année 1889 à 56.510, soit une augmentation de 4.864 consultations sur le chiffre de l'année précédente.

Les nouveaux ont été au nombre de 8.485 répartis entre les cinq services ; la médecine en prend plus de la moitié, puis viennent la chirurgie, les maladies des yeux, les maladies des dents, enfin les maladies des oreilles et du nez. Ajoutons que les médications et soins donnés chaque matin au dispensaire se sont élevés au total de 191.683.

Le service de médecine est confié au Dr Charles Leroux qui donne une statistique très détaillée des affections observées par lui.

Le Dr Paul Redard, chargé du service de chirurgie et d'orthopédie, a donné 16.196 consultations, soit 2.757 de plus que l'année précédente Nous relevons surtout la statistique de ses opérations. Cette année comme l'année précédente, il n'a eu aucun accident opératoire à déplorer et cependant dans la liste de ses opérations nous relevons 8 becs de lièvre, 2 staphylorrhaphies, 17 tumeurs érectiles, 18 résections articulaires, 16 redressements d'ankylose, 38 genu valgum traités par le redressement au moyen de l'appareil de l'auteur ou par l'ostéodosie, 32 cas de redressement de déviations rachitiques des membres inférieurs, etc. Ces résultats se passent de tout commentaire.

La consultation est faite pour les maladies des yeux par le Dr Meyer, pour les maladies des oreilles et du nez par le Dr E. Ménière et pour les maladies des dents par M. Couillié.

A. CH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1890. — Présidence de

M. MOUTARD-MARTIN.

La CORRESPONDANCE comprend des lettres de MM. les Drs Testut (de Lyon) et Liétard (de Plombières), qui se portent candidats au titre de correspondant national.

M. LANNELONGUE présente de la part de M. le Dr Iscovesco une courte note manuscrite sur la suspension oblique dans le traitement du mal de Pott.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section de pathologie médicale.

Au premier tour, sur 75 votants, majorité 38, M. Cadet de Gassicourt est élu par 73 voix contre 1, données à M. Dieulafoy, 1 à M Duguet et 1 à M. Kelsch.

Essai d'antisepsie médicale. — M. GRANCHER. La prophylaxie des maladies contagieuses est une des questions les plus intéressantes de la médecine contemporaine.

Pour cela, nous avons deux moyens : l'*isolement* et l'*antisepsie*.

En chirurgie et en obstétrique, l'antisepsie semble suffire ; mais en médecine, la chose est beaucoup plus compliquée ; pour cette raison, que l'antisepsie semble, *a priori*, devoir être impuissante, et pour quelques autres encore, l'*isolement* a été, jusqu'ici, l'arme préférée des médecins et des administrateurs.

Mais il y a *isolement* et *isolement*, et on s'est bien vite aperçu que les pavillons de diphtérie et de rougeole, dans nos hôpitaux d'enfants, ne rendaient pas les services qu'on en attendait. Assurément, le nombre des *cas extérieurs* a diminué *dans nos salles*, puisque la plupart des malades sont envoyés directement, par la consultation, à leur pavillon spécial Mais les erreurs sont encore assez nombreuses pour que les germes de ces deux maladies entretiennent dans les services communs le même taux de morbidité et de mortalité, par le fait de la contagion.

Deux tableaux officiels le démontrent

Les chiffres de ma statistique personnelle parlent dans le même sens.

En conséquence: *L'isolement, tel qu'il est pratiqué à l'hôpital des Enfants-Malades, ne suffit pas à préserver les salles communes de la contagion de la rougeole et de la diphtérie.*

M. le Directeur de l'Assistance publique, sur les instances du Corps médical, vient de créer un service de consultation, ou mieux de sélection permanente, au seuil de l'hôpital. Il se propose, en outre, de construire un pavillon des *suspects* ou *douteux* où tous les diagnostics incertains attendront leur classement.

Quand ce double filtre fonctionnera, nous verrons, je crois, diminuer encore dans nos salles le nombre des diphtéries et rougeoles venues du dehors, mais la contagion ne sera pas supprimée radicalement.

Aussi, le projet d'un isolement plus radical est-il à l'étude. Il s'agit de la création, dans nos hôpitaux d'enfants, de véritables lazarets, et dans la zone suburbaine de Paris d'hôpitaux spéciaux pour la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, etc. Des enfants atteints de maladies contagieuses seraient transportés directement, ou après un court séjour au lazaret, dans les hôpitaux spéciaux par un service de voitures créé *ad hoc*. Ce système, dont le docteur Chautemps s'est fait l'éloquent défenseur au Conseil municipal, aurait déjà reçu un commencement d'exécution si les communes voisines de la capitale n'avaient protesté contre ce qu'elles appellent l'importation des maladies contagieuses sur leur territoire.

L'an dernier, à la Société médicale des hôpitaux, M. le Dr Richard demandait pour les rubéoleux l'isolement individuel ou cellulaire, afin de les préserver de cette infection secondaire, si souvent mortelle à l'hôpital, la broncho-pneumonie.

La lutte contre les maladies contagieuses par la méthode de l'*isolement* n'a donc pas encore trouvé sa formule définitive, et, en attendant, j'ai pensé que l'*antisepsie médicale* pourrait nous rendre des services.

Il est superflu de louer l'antisepsie chirurgicale et obs-

tétricale. L'une et l'autre ont fait leurs preuves. Mais l'antisepsie médicale a besoin de faire les siennes ; l'isolement ne supprimera jamais toutes les contagions, et même, sans antisepsie, il deviendra une nouvelle source de dangers. Par exemple, le pavillon des suspects, où, dans des chambres à un lit, mais attenantes, attendront les échantillons les plus variés des maladies contagieuses, deviendra un foyer de contagion si les services médical et hospitalier ne sont pas antiseptiques, — car il ne saurait être pratique de donner un médecin et une infirmière à chaque malade. — Si déjà, dans la salle des diphtériques, on voit assez souvent un enfant entré là par erreur y prendre la diphtérie qu'il n'avait pas, parce que les mesures d'antisepsie n'y sont pas rigoureuses, qu'arrivera-t-il dans ce pavillon des suspects où la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, la diphtérie, etc., seront soignées par les mêmes mains ?

Enfin, l'*isolement*, c'est-à-dire l'accumulation sur un même point de la même maladie, multipliera les infections secondaires ou complications de cette maladie.

J'écrivis, au mois de juin 1888, à M. le Directeur de l'Assistance publique, une lettre-programme, où je proposais pour mon service un plan de réformes. M. Peyron fit un bon accueil à ma demande ; au conseil de surveillance, M. Lannelongue écrivit un rapport favorable, et le conseil municipal vota les fonds nécessaires : 27.924 francs.

Dans un hôpital moderne, la dépense nécessaire pour cette réforme eût été insignifiante. Mais à l'hôpital des Enfants-Malades qui date de 1840, et où nous manquons de tout, où rien n'a jamais été préparé pour la désinfection, les dépenses ont été assez considérables. Il a fallu tout réorganiser, refaire les parquets, changer les lits, installer une étuve, etc...

En réalité, je n'ai demandé que trois choses nouvelles et peu coûteuses : des paravents en toile métallique, des paniers en fil de laiton et une infirmière supplémentaire par salle.

Le paravent, de 1,20 de hauteur, est composé de feuilles mobiles l'une sur l'autre, comme les parafeu de nos cheminées. Mis en place, il isole dans la salle commune le lit de l'enfant diphtérique ou rubéoleux, pendant le temps de son séjour nécessaire au diagnostic. Le paravent a pour objet de supprimer tous les contacts de l'enfant suspect avec les autres enfants de la salle, et de réduire au minimum les contacts avec le personnel hospitalier ou médical. La première feuille du paravent fixée au mur par un crochet sert de porte d'entrée pour tous les besoins du service. Une remarque intéressante : l'enfant mis en box ou en quarantaine ne souffre pas de son isolement, car les mailles de la toile métallique sont assez larges pour ne pas gêner sa vue.

Le panier en fil de laiton a pour objet de faciliter la désinfection de tous les objets qui ont servi au repas de l'enfant. Divisé en compartiment *ad hoc*, il contient l'assiette, la timbale, le couvert et la serviette de l'enfant. Au moment du repas, l'infirmière chargée de ce soin étend sur le lit une toile en caoutchouc, apporte de l'office le panier tout garni, et, le repas achevé, le rapporte à l'office et le plonge, avec tout son contenu et la toile en caoutchouc, dans une chaudière d'eau bouillante.

L'infirmière supplémentaire a la charge de tous les box. Elle seule doit aborder les enfants mis en quarantaine et leur donner ses soins. Elle ne doit toucher à aucun autre enfant.

On pouvait craindre que les surveillantes ou les infirmières du service ne comprissent point toute l'importance de leur rôle ; il n'en a rien été, et je ne puis que me louer de leur intelligence et de leur dévouement.

Voici maintenant pour la rougeole et la diphtérie les résultats que nous avons obtenus du 1er janvier au 31 décembre en 1889.

En 1885, nous avons eu dans mon service 37 cas de contagion ou *cas intérieurs*. En 1886, 39 cas, en 1887, 34 cas.

En 1889, nous avons eu 25 cas. C'est encore beaucoup trop et l'écart des chiffres précédents est trop faible pour que nous puissions en tenir compte.

Cet échec, en ce qui concerne la rougeole, tient surtout à ce fait presque constant, que la contagion de cette maladie se fait avant qu'elle soit reconnue ou même soupçonnée. De sorte que les mesures de défense : isolement dans les box et désinfecion, arrivent trop tard.

Pour cette étude qui peut nous conduire à une prophylaxie mieux entendue de la rougeole, j'ai fait dresser des tableaux qui conduisent à résumer l'histoire de chacune de nos contagions.

De l'étude comparée de ces tableaux se dégagent quelques notions intéressantes.

Nous y voyons d'abord que la rougeole ne frappe pas, tant s'en faut, dans une salle d'hôpital, tous les enfants susceptibles de la prendre. Au contraire, le plus grand nombre des enfants échappent à la contagion.

Le hasard semble présider à cette distribution des germes de la rougeole à moins qu'on accepte l'idée d'un transport matériel par les mains ou les objets. Mais, le plus souvent, notre enquête sur les contacts directs ou indirects subis par les enfants contagionnés a été stérile. Deux fois seulement nous avons relevé les causes immédiates de la contagion.

Le moins qu'on puisse conclure des faits, c'est que la rougeole, comme la diphtérie et tant d'autres maladies, se transmet sûrement par les mains ou les vêtements contaminés d'une tierce personne, et que si l'atmosphère contient exceptionnellement les germes rubéoleux, ceux-ci ne forment pas autour du malade une atmosphère ambiante dangereuse.

Pour la *diphtérie*, nous avons été beaucoup plus heureux, sans doute parce que la fausse membrane, seul agent de contagion, est visible de bonne heure et que la prophylaxie peut intervenir en temps opportun.

Si dans mon service nous avons eu un cas de contagion, ce que je ne crois pas, nous n'avons pas eu de mort par le fait de la diphtérie, alors que la mortalité pour l'ensemble des autres services est de 116 enfants sur 153 cas de contagion.

D'autre part, en 1889, mon service a été traité comme ceux de mes collègues et a reçu, à son tour, et au hasard, les diphtéries méconnues envoyées dans les salles communes. La graine de diphtérie ne nous a donc pas manqué, mais nous avons empêché son développement par nos mesures de défense.

Pratiquement, toutes ces mesures de propreté sont faciles et le service hospitalier s'y habitue bien vite, pour peu qu'on y tienne la main. J'ajoute que ni l'enseignement des élèves, ni les malades n'ont à en souffrir.

Ce qui nous manque le plus, oserai-je le dire ? C'est la conviction des élèves. Souvent, par insouciance ou par

bravade, ils se conduisent comme si la contagion n'existait pas.

En cette même année 1889 où la diphtérie a été stérile dans les salles communes chez nos malades, quatre de nos élèves ont pris la diphtérie, deux à la consultation et deux au pavillon des diphtériques. Tous ont guéri heureusement. Mais je voudrais les voir plus convaincus que la crainte salutaire de la contagion, est le premier devoir du médecin envers ses malades : *Primum non nocere...*

Fracture du crâne ; compression cérébrale due à l'hémorrhagie de l'artère méningée moyenne. Trépanation. Aphasie transitoire. Guérison. — M. Routier présente un malade de 36 ans, qui quelques minutes après une chute de la hauteur d'un étage, présenta une hémiplégie droite avec perte de connaissance absolue; le membre inférieur droit était flasque, le membre supérieur contracturé; la sensibilité était obtuse des deux côtés du corps et la sensibilité réflexe abolie à droite. La région fronto-pariétale gauche était le siège d'un gonflement, dû sans doute à un épanchemen sanguin, il n'y avait pas de plaie.

En raison du laps de temps qui s'était écoulé entre la chute et l'apparition des accidents, M. Routier diagnostiqua une compression du cerveau par le fait d'un épanchement dû à la déchirure de l'artère méningée moyenne, causée par une fracture. et procéda à la trépanation sur la région rolandique gauche. Il découvrit plusieurs traits de fracture sur le pariétal et le frontal; un fragment du crâne fut enlevé avec une pince, puis quatre couronnes de trépan permirent d'arriver sur un gros caillot sanguin, qui avait repoussé la dure-mère et l'avait décollée. Un second fragment osseux fut encore enlevé; il portait sur son milieu les sillons de l'artère méningée, le long desquels passait un trait de fracture. L'artère méningée, qui donnait du sang, ne put être saisie, et l'hémostase fut faite par un tamponnement au moyen de gaze chargée d'un mélange de tannin et d'iodoforme; puis, la peau fut suturée, sauf au niveau de l'angle inférieur.

Cinq heures après l'opération, le malade avait recouvré la connaissance et l'usage de ses membres ; quatorze heures après, l'intelligence était entièrement revenue, mais le patient était aphasique.

Le surlendemain, le tamponnement fut enlevé et, deux heures après, l'aphasie avait disparu. Neuf jours après, le malade se levait et se promenait dans la salle.

L'aphasie était due à la compression exercée par le tampon au niveau de la circonvolution de Broca.

M. Routier a vu un autre malade du même genre, mais dans ce cas il ne s'est pas soucié d'appliquer la trépanation et quatre heures après sa visite le malade était mort. (Comm : MM. Richet, Terrier.)

De la cure à l'air et au repos des tuberculeux — M. Daremberg a obtenu d'excellents résultats chez ses malades en les faisant séjourner à l'air libre dans la position horizontale. Les malades se refroidissent beaucoup moins dans cette position que debout ou couchés. Ce mode de traitement n'est pas seulement efficace, il est, de plus, très agréable pour les malades.

M. Dujardin-Beaumetz, à ce propos, combat très vivement le traitement de la tuberculose par l'air chaud qui a été préconisé récemment.

Les inhalations d'air chaud dans le traitement de la tuberculose n'ont aucune valeur et même constituent un danger.

M. C. Paul rappelle que dans les stations minérales où on fait respirer de l'air chaud aux malades, ces malades étouffent et dépérissent.

M. Verneuil craint que cette condamnation des inhalations d'air chaud ne soit trop prématurée. Deux malades traités par son chef de laboratoire, M. Clado, sont très améliorés d'une phthisie laryngée et il n'y a plus de bacilles dans leurs crachats. D'autre part les malades ont très bien supporté les inhalations.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Polaillon, sur les candidats au titre de correspondant national dans la 2e division. La liste de présentation est ainsi faite : 1° M. Lannelongue (de Bordeaux); 2° M. Duplouy (de Rochefort); 3° M. Demons (de Bordeaux); 4° M. Queirel (de Marseille); 5° M. Dezanneau (d'Angers); 6° M. Pamard (d'Avignon).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin 1890. — *Présidence de* M. Nicaise.

Traitement du cancer du rectum (suite). — M. Terrier, dans l'extirpation du cancer,n'est pas partisan de l'incision en avant ni de l'incision faite en arrière, elles sectionnent le sphincter et, par conséquent, exposent à l'incontinence.

M. Quenu a l'exemple d'un malade qui vient corroborer l'opinion de M. Terrier. Il avait pratiqué une extirpation du rectum et avait fendu le sphincter et le malade revu 12 mois après avait encore de l'incontinence.

M. Pozzi rappelle que c'est à Wolfer que revient le mérite d'avoir créé la méthode parasacrée.

M. Terrier cite aussi le fait d'un malade atteint d'un rétrécissement du rectum qui subit l'ablation de ce rétrécissement, et, une fois guéri, il eut de l'incontinence des matières fécales.

M. Verneuil a souvent pratiqué et pratique encore la section médiane en arrière pour les rétrécissements et cette rectotomie postérieure lui a toujours très bien réussi; les malades, au bout de quelque temps, pouvaient facilement retenir leurs matières.

M. Berger est de l'avis de M. Verneuil, la section du sphincter n'empêche pas ces malades de retenir par la suite les produits intestinaux, pourvu que ceux-ci soient solides. Il n'y a que lorsque le malade est atteint de diarrhée qu'il a de l'incontinence. Les fonctions du sphincter sont rétablies par le tissu cicatriciel et la preuve en est qu'on sent les contractions de ce muscle quand on pratique le toucher rectal. Les inconvénients de la rectotomie au point de vue de l'incontinence ont été exagérés.

M. Quenu fait observer que dans certains rétrécissements et notamment les syphilitiques, la rectotomie ne change rien à l'état ancien, car les fibres musculaires du sphincter sont en parties détruites, comme il vient de pouvoir s'en rendre compte dans un cas d'ablation pratiquée tout dernièrement par lui. Il faut, du reste, se garder, dit M. Quenu, de comparer les résultats obtenus dans la cure des rétrécissements du rectum avec ceux que donnent les opérations faites pour le cancer de la même région.

M. Routier estime qu'il y a une grande différence entre la rectotomie postérieure et les lésions faites par l'opération de Kraske. En effet, quand le cancer descend très bas, on sectionne les nerfs qui vont au sphincter d'où inconti-

nence possible. Aussi ne faut-il faire cette opération que lorsqu'il y a 5 ou 6 centimètres d'intestin normal du côté de l'anus.

M. Terrier pense qu'il ne faut pas se contenter de ce que les malades peuvent retenir leurs matières solides, mais chercher à éviter complètement l'incontinence.

M. Verneuil trouve la rectotomie postérieure une excellente opération dans les cas de rétrécissements. La restauration anale est complète. Quant aux infiltrations anales dont parle M. Quenu, elles sont l'exception, le rétrécissement étant plus souvent rectal qu'ano-rectal.

Néphrectomie transpéritonéale. — M. Terrillon a enlevé un cancer du rein par la voie transpéritonéale. La tumeur était volumineuse et entourée d'une capsule sclérosée qu'il mit une heure à décortiquer. Enfin il put jeter ses ligatures sur le hile et ramassa tous les débris de la capsule qu'il fixa à la paroi, de façon à isoler du péritoine la grande cavité qui restait à la place du rein. Il y a plus de 2 ans de cela et la malade se porte très bien aujourd'hui. Il s'agissait d'un épithéliome, mais qui avait respecté l'extrémité inférieure de l'organe.

M. Quenu cite un fait semblable où, pour la même lésion, il a pratiqué la même opération.

M. Championnière est frappé de l'observation de M. Terrillon, à cause de la longue survie de son malade, ce qui est intéressant, et il fait remarquer que cela pourrait peut-être s'expliquer par la forme particulière du cancer qui avait encore respecté quelques tissus, ce qui n'est pas la règle.

M. Nimier lit, au nom de M. Chauvel, un rapport sur de curieuses observations de M. le Dr Moty. Il s'agissait, dans un cas, d'une **rupture traumatique de l'intestin** pour laquelle ce chirurgien fit la laparotomie. Les sutures se rompirent au huitième jour, mais il y eut réunion secondaire et guérison. La seconde observation a trait à une **trépanation** pratiquée pour des accidents consécutifs à un coup de feu reçu au Tonkin. Enfin le troisième cas rapporté était un abcès tuberculeux des adducteurs qui se termina par guérison.

Présentation de malades. — M. Berger présente un homme atteint d'ulcération de son moignon et qu'il a guéri par la transplantation, suivant la méthode italienne, d'un large lambeau de peau pris sur le membre du côté opposé.

M. Reclus fait remarquer à ce propos qu'il a observé un malade sur lequel M. Berger avait fait la même opération pour un ulcère et qui était resté guéri; tandis que sur l'autre jambe il avait fait des greffes ordinaires et il y avait eu récidive.

M. Terrier fait observer que le malade présenté par M. Berger est un traumatisé et que son innervation était intacte; ce qui n'existe pas chez les gens qui portent des ulcères et qui ont des troubles trophiques des membres.

M. Quenu pense que le tissu de granulations sur lequel on place les greffes joue un grand rôle, il n'en veut pour preuve que l'observation d'un homme qui n'avait pu guérir par aucun des procédés mis en usage et chez lequel la cicatrisation se fit et les greffes tinrent après qu'il eut modifié la plaie par la section des nerfs qui allaient à la partie malade.

M. Championnière a remarqué dans bien des cas que les cicatrices obtenues sans greffes étaient beaucoup plus résistantes que celles succédant à l'application de fragments épithéliaux.

M. Berger fait aussi une grande différence entre les ulcères arrivant à la suite de traumatismes et ceux qui surviennent chez des malades qui ont des troubles trophiques. C'est sur l'os abrasé qu'il a appliqué son lambeau cutané. Chez le malade qu'il présente, M. Berger n'a recours à ces transplantation que lorsqu'il pense qu'il ne pourra pas réussir par les méthodes de Thersch ou de Reverdin.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mai 1890. — Présidence de M. Dumontpallier

Pleurésie purulente à diplobacille de Friedlænder. — M. Letulle. Les pleurésies purulentes contenant le microbe de Friedlænder sont très rares. M. Netter a trouvé deux fois cet organisme associé à d'autres microbes pyogènes dans du pus pleural. Voici une observation dans laquelle la pleurésie contenait le bacille de Friedlænder à l'état de culture pure.

Un homme de 30 ans fut pris de la grippe en décembre. Il se remit d'abord, mais le 5 janvier survint une fièvre avec toux quinteuse, bientôt on vit apparaître un épanchement modéré, limité, faisant penser à une pleurésie interlobaire. Plus tard une vomique prolongée amena, l'évacuation de plusieurs centaines de grammes de pus. Je fis, avec l'aide de M. Chantemesse, des cultures avec les crachats et avec du pus recueilli directement par ponction, et régulièrement c'est le diplobacille de Friedlænder que j'ai obtenu. On constatait en effet un organisme ovoïde court, pathogène pour la souris et non pathogène pour le lapin, ne se colorant pas par la méthode de Gram et se cultivant facilement à basse température sur la gélatine. Jamais le bacille de Koch n'a pu être constaté. Cet homme a été assez rapidement guéri.

M. Netter. Cette observation est très démonstrative, en effet, tous les caractères du microbe de Friedlænder ont été relevés par M. Letulle. J'ai observé deux cas pareils.

Le bacille de Friedlænder existe normalement dans les premières voies de sujets sains. On le rencontre surtout dans des broncho-pneumonies qui présentent presque toujours des allures pseudo-lobaires. On peut, à l'autopsie et à l'œil nu, reconnaître la nature de ces broncho pneumonies.

Mais le Friedlænder, comme le Frænkel et comme beaucoup d'autres microbes, est capable de produire des maladies diverses. Il n'y a pas, comme on l'avait supposé au début de la bactériologie, un microbe unique pour chaque maladie. La vérité est plus complexe, une maladie peut être produite par plusieurs microbes, et un même microbe peut produire plusieurs maladies.

Troubles mentaux au cours d'une pleurésie purulente. — M. Fernet communique une observation qui lui est adressée par MM. Mabille et Lallemant, médecins de l'asile d'aliénés de Lafont (Charente-Inférieure).

Un homme de 34 ans fut atteint d'une pleurésie gauche, à l'hôpital de Saint-Jean-d'Angely. Il se fit un épanchement purulent abondant qui nécessita plusieurs ponctions. Au mois de janvier dernier, il fut pris de troubles mentaux avec délire de persécution, qui le firent envoyer à l'asile de Lafont. Par une fistule pleurale, il rendait un pus horriblement fétide qui obligea à isoler le malade, qui était très cachectique. Le 1er avril 1890, on lui fit la pleurotomie

avec des lavages phéniqués. En avant se trouvait une seconde poche que l'on ouvrit et que l'on évacua avec le siphon de Potain. Actuellement (23 mai), le malade est à peu près guéri de sa pleurésie et déjà son état mental s'est très amélioré; il demande à s'occuper et peut-être guérira-t-il ainsi complètement de ses troubles cérébraux.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement des quintes nocturnes de la coqueluche. — (West.)

Poudre de Dower.	35	milligram.
Extrait de ciguë.	65	—
Poudre de cannelle. . . .	15	—
Poudre de sucre	30	—

Pour un paquet, que l'on donne dans un peu de miel ou de sirop à un enfant d'un an.

25 à 50 centigrammes de bromure de potassium remplissent le même but.

Liniment contre la névralgie :

Alcool camphré	90	parties.
Ether.	30	—
Teinture d'opium.	6	—
Chloroforme	20	—

M. — A appliquer sur une flanelle.

Mixture contre les crevasses des mains ; par M. Steffen.

Menthol.	1 gr. 50
Salol	2 grammes.
Huile d'olives.	2 —
Lanoline.	50 —

Mêlez. — Pour frictions, deux fois par jour.

Salol dans les angines. — Le Dr Gouguenheim a communiqué au Congrès de laryngologie les heureux résultats qu'il a obtenus dans les angines par le moyen du salol. Voici ses conclusions :

1° Le salol agit efficacement sur les angines aiguës, quelle qu'en soit la cause;

2° Il calme avec la plus grande rapidité la douleur, la dysphagie, qui sont les symptômes les plus pénibles de ces affections ;

3° En calmant la douleur, il peut abréger la durée de l'angine phlegmoneuse suppurée ;

4° Il abaisse la température ;

5° Il diminue, dans presque tous les cas, la durée des angines ;

6° Pour arriver à ces résultats, la dose ne doit pas être inférieure à 4 grammes.

Note sur le traitement de la coqueluche par les pulvérisations phéniquées. — M. E. Mauriac, étant donnée la nature parasitaire de l'affection, préconisait il y a quelques années les badigeonnages à la résorcine par le procédé de Moncorvo. Mais les difficultés de leur application lui ont fait depuis préférer les pulvérisations phéniquées, tout aussi efficaces et d'une application plus simple. Il emploie chaque jour, en trois fois, un litre de solution à 5 0/0, soit 50 grammes d'acide phénique. La pulvérisation est pratiquée avec le grand appareil à double jet, placé à côté du lit du malade et soigneusement fermé. Cette méthode a, d'une manière générale, réduit de moitié le nombre des quintes, et les a fait disparaître, dans les cas les plus sérieux, au bout d'une vingtaine de jours, aussi M. Mauriac recommande-t-il les vaporo-pulvérisations phéniquées à l'exclusion de tous autres moyens plus ou moins similaires.

Désinfection du vagin. — Dans les *Archives de Tocologie*, le Dr Auvard rappelle les expériences de Steffelk sur la désinfection du vagin. Ces expériences démontrent l'insuffisance de l'injection « classique ». Avant et après chaque injection de un litre de sublimé à 1/3000, Steffelk place le spéculum et va recueillir quelques gouttes de mucosités existant à l'orifice externe de l'utérus; puis il constate, par la culture, si ce liquide contient ou non des microbes. Voici le résultat des expériences de Steffelk, traduit littéralement :

« J'ai commencé par des injections du vagin, comme on les pratique si souvent, avec un litre de liquide. Trois expériences. Résultat : après la désinfection (c'est-à-dire l'injection), *il existait autant de microbes qu'auparavant.*

2° Lavage du vagin avec l'aide d'un doigt. Quatre expériences. Résultat : moins de colonies microbiennes qu'avant la désinfection; toutefois, elles sont encore abondantes.

3° Lavage du vagin avec l'aide de deux doigts. Cinq expériences. Résultat : dans trois expériences, les colonies de microbes se développèrent à la suite; dans deux, la culture resta stérile.

4° Lavage du vagin et de la partie inférieure du col utérin. Un doigt fut introduit dans le col, aussi loin que possible, pendant que l'autre doigt nettoyait la paroi vaginale antérieure ; puis la position du doigt fut modifiée : l'antérieur, précédemment libre, était introduit dans le col, et le postérieur allait à son tour frotter la paroi vaginale inférieure. Le courant du liquide était dirigé directement vers l'orifice extérieur de l'utérus. Trois expériences. Résultat : tous les tubes restent stériles après la désinfection vaginale, même quand auparavant cinquante ou cent colonies étaient développées. »

En conséquence de ces expériences, le Dr Auvard recommande l'emploi d'un anneau en caoutchouc, que l'on pose à l'indicateur, et auquel est adapté l'extrémité d'un tube par où coule le liquide désinfectant. Avec l'index, on frictionne les parois, que le jet du liquide arrose constamment. La curette pour le grattage utérin peut aussi être creusée d'un canal par où s'écoule le liquide antiseptique.

Traitement abortif de l'herpès par les applications d'alcool pur ou de solutions alcooliques. — M. le docteur DUPAS vient de soutenir à Lille une thèse inaugurale sur ce sujet. Après avoir passé en revue tous les traitements employés jusqu'à ce jour, il fait connaître celui qui a été institué par M. le docteur Leloir. Nous laissons la parole à M. Leloir : « Dans un grand nombre de cas, j'ai réussi à faire avorter complètement les éruptions d'herpès labial, en appliquant, tout à fait au début de l'éruption, des compresses trempées dans de l'alcool phéniqué, sur la région tégumentaire, où l'ardeur se faisait sentir au début de l'élevure herpétique. Ce traitement tonique m'a donné des résultats plus inconstants dans l'herpès génital. Il a paru faire évoluer et dessécher plus vite les vésicules de l'herpès zoster, mais n'a pas empêché l'éruption, sauf dans quelques cas exceptionnels. »

Dans ses cliniques de 1885, le docteur Leloir dit que sous l'influence du traitement par l'alcool, on constate que, pris au début, à la période érythémateuse ou au début de la période vésiculeuse, l'avortement de l'éruption herpétique est la règle, et cela très rapidement en quelques heures et même moins.

Voici les différentes formes sous lesquelles M. Leloir emploie l'alcool :

Alcool à 90°	100 grammes.
Résorcine pure	2 —

Il remplace quelquefois la résorcine par le thymol (1 gr.), le menthol (1 gr.), ou l'acide phénique (0,25).

Voici encore d'autres formules employées par M. Leloir :

Alcool à 90°	100 grammes.
Résorcine	2 —
Chorhydrate de cocaïne.	0,50 à 2 gr.
Alcool à 90°	50 grammes.
Tanin	6 —

M. Leloir emploie souvent cette préparation dans sa clientèle privée :

Alcool à 90°.	100 grammes
Extrait de cannabis indica. . .	10 —
Chlorhydrate de cocaïne. . . .	1 —
Essence de menthe.	10 —

On applique sur l'éruption des compresses imbibées de l'un ou de l'autre de ces différents liquides et on les recouvre de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée. On fixe en couvrant avec un morceau d'emplâtre adhésif ou d'emplâtre diachylon, ou encore on fixe les bords avec une couche de collodion ou de gélatine médicamenteuse, appliquée au pinceau.

Si l'éruption est limitée, on se sert d'ouate hydrophile imbibée d'un de ces mêmes liquides et qu'on recouvre comme ci-dessus.

(*Les Nouvelles médicales.*)

VARIÉTÉS

La vision sous-marine, par M. H. FOL (1).

L'éclairage du fond de la mer, tel qu'on le voit en y descendant en scaphandre, vient uniquement d'en haut. Il ressemble à celui d'une salle sans fenêtres qui reçoit le jour par un vitrage occupant le milieu du plafond.

La cause de ce phénomène est facile à trouver. Il suffit de regarder en haut par la vitre frontale du casque. L'on voit alors un grand espace circulaire lumineux, dont les limites sous tendent dans l'œil de l'observateur un angle de 62.050 environ. Au-delà de ce cercle, la surface de l'eau paraît sombre et présente la même nuance que la mer vue de haut en bas depuis le bord d'un bateau. La limite entre la surface lumineuse et celle qui présente une réflexion totale n'est jamais régulière ; la moindre ondulation de la surface suffit à y produire des échancrures et des enclaves qui s'étendent au loin lorsque la mer est agitée.

Les rayons du soleil sont pâles déjà à quelques mètres de profondeur. Ils se présentent sous forme de chatoiements mobiles produits par la réfraction à la surface des vagues. Dans un appartement situé sur le bord de l'eau et dont les persiennes sont closes, l'on peut voir en regardant au plafond un phénomène très analogue à celui que le scaphandrier voit sur le fond.

Au moment où le soleil descend vers l'horizon, le plongeur qui se trouve à plus de 10 mètres de profondeur voit subitement le crépuscule succéder au grand jour. Il m'est arrivé de remonter, croyant à l'arrivée de la nuit, et une fois sorti de l'eau, de me voir avec étonnement inondé par les rayons d'un soleil encore assez éloigné de son coucher. Cette diminution de l'éclairage, au moment où l'angle d'incidence des rayons solaires ne leur permet plus guère de pénétrer dans l'eau, est très brusque.

La couleur de l'eau de la Méditerranée le long du littoral varie beaucoup d'un jour à l'autre, suivant que les courants amènent l'eau pure du large ou l'eau trouble de la côte. Vue horizontalement par la vitre du scaphandre, elle varie du vert grisâtre au bleu verdâtre. Les objets prennent tous un ton bleuté, d'autant plus accentué que l'on descend plus bas. Déjà à 25 ou 30 mètres, certains animaux d'un rouge sombre, tels que les *Muricæa placomus*, paraissent noirs, tandis que les algues, colorées en vert ou en vert bleu, prennent des teintes qui paraissent plus claires par comparaison. En remontant rapidement à l'air, les yeux, accoutumés à cette lumière bleue, voient en rouge le paysage aérien.

Les rayons rouges sont donc éteints dans une proportion très sensible à une faible profondeur, tandis que les rayons bleus sont moins absorbés par l'eau. Ce fait suffirait à lui seul à réfuter les doutes émis sur la

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences.

légitimité de l'emploi de la plaque photographique pour trouver la limite de pénétration de la lumière du jour dans l'eau, puisque ce sont les rayons chimiquement actifs qui sont le moins arrêtés.

Le degré de transparence de l'eau le long du littoral varie, de même que sa coloration, dans de larges proportions d'un jour à l'autre. Même lorsqu'elle est relativement claire, si le ciel est couvert, l'on y voit si mal à 30 mètres de profondeur qu'il est bien difficile de récolter de petits animaux. Dans la direction horizontale, on ne peut pas, dans ces conditions, distinguer un rocher à plus de 7 ou 8 mètres de distance. Si le soleil brille et que l'eau soit exceptionnellement claire, l'on peut arriver à voir un objet brillant à 20 mètres, parfois même à 25 mètres. Mais, dans les circonstances ordinaires, il faut se contenter de la moitié de ce chiffre.

Ces faits, constatés nombre de fois pendant les fréquentes descentes que j'ai exécutées, depuis trois ans, dans le scaphandre dont est muni le laboratoire que j'ai installé à Nice, me paraissent importants à plusieurs points de vue.

D'abord il est clair que les animaux marins, j'entends ceux qui vivent dans les couches supérieures et éclairées de la mer, se meuvent comme dans un brouillard. Ils ne peuvent pas éviter les surprises et une vue à longue portée leur serait inutile ; aussi voyons-nous que tous ceux d'entre eux qui sont agiles ont l'habitude, lorsqu'on les effraye, de fournir une course effrénée de quelques mètres, et puis de s'arrêter comme s'ils sentaient qu'ils ont dépassé le cercle de vision de leur persécuteur.

Les engins de pêche consacrés par l'expérience seraient inefficaces pour capturer des animaux capables de voir à quelque distance.

Les changements dans la transparence des eaux voisines de la côte enlèvent toute valeur aux expériences relatives à la pénétration lumineuse qui ne seraient pas faites très au large.

Mais il est un point pratique sur lequel je crois devoir insister en terminant. Jamais un bateau sous-marin ne pourra se diriger d'après ce qu'il est possible de distinguer à travers l'eau. Pour peu qu'il soit rapide, il ne pourrait pas s'arrêter devant un obstacle qui surgirait subitement dans le cercle restreint de la vision aquatique. Une fois immergé, il ne pourra se guider que sur les directions prises avant de plonger. La navigation sous-marine se trouve ainsi resserrée dans d'étroites limites.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La déontologie et l'enseignement médical devant le Parlement belge.

Nous empruntons à la *Gazette médicale* de Liège, cet amusant extrait d'une discussion au Parlement belge :

« Il est réellement déplorable de voir la légèreté avec laquelle des gens, qui ont la prétention d'être sérieux et qui sont chargés de présider aux destinées d'un pays, traitent parfois les questions les plus délicates, soumises à leur examen.

Nous n'en voulons d'autre preuve que l'extrait suivant du compte rendu officiel de la séance de la Chambre des représentants du 27 février dernier, dans laquelle a eu lieu le vote définitif du projet de la loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine vétérinaire.

« M. ANSPACH-PUISSANT. — Parmi les matières à enseigner aux vétérinaires, je vois figurer, à l'article en discussion, la déontologie.

« J'ai fait autrefois ma philosophie et pourtant j'avoue que je ne me souvenais pas du sens de cette expression. J'ai donc consulté un honorable collègue beaucoup plus savant que moi, qui m'a dit que la déontologie, c'est le nom qu'a donné Bentham à la science du devoir, telle qu'il l'envisageait, « au point de vue pratique, militaire, abstraction faite des principes absolus et éternels; un devoir qui n'a rien de commun avec le *fais ce que dois, advienne que pourra*, avec *l'impératif catégorique de Kant* ».

« Je me demande en vain pourquoi on impose aux vétérinaires l'étude de la déontologie, étude spéciale et qui suppose, pour celui qui s'y livre, une somme de connaissances philosophiques extrêmement grande.

« Je suis convaincu que, si l'on demandait à la plupart des candidats en philosophie de faire une distinction nette entre la morale et la déontologie, ils seraient fort embarrassés !

« Je crois donc que le cours, dont on propose la création, ne peut pas rester au programme des études vétérinaires.

« Je ne présenterai cependant pas d'amendement, si l'honorable Ministre tient à maintenir le terme ; car je suis persuadé que la modification que je proposerais ne passerait pas sans l'assentiment du Ministre.

« M. JANSON. — Messieurs, il est évident pour moi qu'il y a ici une erreur de rédaction.

« M. DE KERCHOVE DE DENTERGHEM. — On a voulu dire « odontologie ». (*Rires.*)

« M. JANSON. — On juge l'âge des chevaux par la denture : c'est sans doute pour cela qu'on a inscrit cette matière au programme de la médecine vétérinaire. (*Nouveaux rires.*)

« Ce qui le prouve, c'est qu'il ait été impossible de mettre, dans un même article, les matières qui y sont énumérées, et la science des devoirs, qui n'y a aucun rapport. Il y a là quelque chose qui a échappé à l'auteur du projet et je pense que ce qu'il y a de mieux à faire, c'est, comme je le proposais tout à l'heure, de remplacer le mot « déontologie » par le mot « odontologie ».

« M. DE BRUYN, ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et des Travaux publics. — Messieurs, je ne suivrai pas les honorables membres dans la discussion

qu'ils viennent de soulever à propos de la déontologie, ce cours a fait l'objet de publications intéressantes — ce n'est pas le moment de les discuter.

« Je me retranche, quant à la rédaction du programme, derrière l'autorité du corps professoral de l'école vétérinaire ; ce programme est son œuvre, en ce sens qu'il l'a vu et vérifié, et je l'accepte tel qu'il est...

« M. DE KERCHOVE DE DENTERGHEM. — Il serait bon, avant de voter cet article, que M. le Ministre nous donnât la définition exacte du mot « déontologie » qui n'est guère connu de personne.

« M. COREMANS. — Il paraît que l'honorable M. de Kerchove ne sait pas ce que signifie le mot « déontologie ». (*Interruption.*)

« L'honorable membre comprendra mieux cette expression gréco-française, quand je la lui aurai traduite en flamand : déontologie signifie « plichtleer », c'est-à-dire la science et l'enseignement des devoirs que les futurs vétérinaires auront à remplir et vis-à-vis des animaux, et vis-à-vis des hommes, et vis-à-vis d'eux-mêmes, et vis-à-vis du grand architecte de l'univers. (*Rires.*) Voilà la signification du mot « déontologie », la science des devoirs. On appelle cela aussi, en termes plus simples, la morale. Mais « déontologie » n'est pas plus mauvais : l'un c'est l'autre, et l'autre c'est l'un ; mais encore faut-il le savoir. (*Rires.*)

« Cette petite explication suffira, je crois, pour donner à l'honorable M. de Kerchove tous ses apaisements. »

Eh bien ! franchement, n'est-on pas tenté de hausser les épaules, en entendant de pareilles extravagances de langage ? On a peine à se figurer que des philosophes, des savants, des jurisconsultes puissent afficher publiquement leur ignorance absolue à l'endroit d'une science qui a fait l'objet d'études spéciales et qui fait partie d'un programme de l'enseignement officiel. Pas n'était besoin, assurément de recourir aux lumières d'un collègue « plus savant » pour s'éclairer sur le sens de cette expression : il suffisait de consulter un vulgaire dictionnaire français pour apprendre que le mot « déontologie » signifie la science du devoir. Prétendre, comme on l'a fait, que le mot « n'est guère connu de personne » c'est ravaler singulièrement le niveau des intelligences dans notre pays, c'est affirmer gratuitement que parmi les belges instruits, lettrés, il en est peu capables de remonter à l'étymologie des mots. »

Comme le dit justement notre confrère de Liège, c'est là une fumisterie peu propre à donner une haute idée de la tribune parlementaire chez nos voisins.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers MM. les docteurs Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier (arrêté du 22 mai) ; Boussot, de Cavaillon (arrêté du 2 juin) ; Bassompierre, médecin-major de deuxième classe (arrêté du 29 mai). Mongeot président du Conseil général des Vosges.

Distinctions universitaires. — OFFICIERS D'ACADÉMIE. — Sont nommés MM. les docteurs Chalot et Mossé, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier ; Pezet et Vigouroux de Montpellier ; Carle, de Montélimar ; Cavaillon, de Carpentras ; Gros, de Apt ; Petit, de Langeau.

Récompenses honorifiques. — Une médaille d'argent de première classe a été décernée à M. le docteur Couturier (de Saint-Etienne), et une médaille d'argent de deuxième classe à M. le docteur Montagnon pour leur dévouement lors du coup de grisou du 3 juillet 1889, aux puits Verpilleux et Saint-Louis (Loire).

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR DEUX PLACES DE CHIRURGIENS DU BUREAU CENTRAL. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Broca et Walther.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêtés ministériels, en date du 31 mai 1890, sont déclarées vacantes à la Faculté de médecine de Paris : la chaire de médecine opératoire ; une chaire de clinique chirurgicale.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Inscriptions. — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1889-1890 sera ouvert le mercredi 25 juin 1890, et clos le jeudi 17 juillet à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Les inscriptions de première année, les mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 juin 1890. — 2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat, les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 juillet 1890. — 3° Les inscriptions de troisième et quatrième année de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième année d'officiat, les mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mardi 15, mercredi 16 e jeudi 17 juillet 1890.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années d'officiat, soumises au stage, ne seront distribués qu'à partir du mardi 8 juillet 1890.

Avis spécial a MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le troisième trimestre de l'année scolaire 1889-1890. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur : les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat ; il se continuera sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Les inscriptions pour le stage sont reçues, à partir du 15 octobre, à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : premier trimestre, novembre et décembre, cinquante-six jours ; deuxième trimestre, janvier, février et mars, quatre-vingt-six jours ; troisième trimestre, avril, mai et juin, quatre-vingt-six jours ; quatrième trimestre, juillet à octobre, cinquante-six jours.

Consignations. — 1° Les élèves ajournés, à la session de novembre 1889, au premier examen de doctorat et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (officiat), devront consigner les mercredi 11 et jeudi 12 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 23 au 28 juin.

2° Les élèves de première année qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les mercredi 18 et jeudi 19 juin. (Ils prendront la quatrième inscription du 25 au 28 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 30 juin.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils consigneront en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

3° En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 20 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 13 ou le mardi 14 octobre 1890, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre 1890. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2.) A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, pendant la période des examens (avant les vacances, à partir du 23 juin ; et à la session d'automne, du 20 au 31 octobre).

Asiles d'aliénés. — Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, est promu à la première classe (7,000 francs) M. le professeur Pierret, médecin en chef de l'asile de Bron.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 30 mai 1890, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Siuroles, Rouby, Rivalier, Lambert, Girod, Panel, Loisnel, Vanhoutte, Vigne, André, Pruvost, Azoulay, Teulon, Fassina et de la Brosse.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 29 mai 1890, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Marquehosse et Pujol, médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine.

Par décret, en date du 31 mai 1890, a été promu :

Au grade de médecin principal. — M. Giraud, médecin de première classe.

— **Coquille** recueillie dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* à propos de la précédente élection à l'Académie de médecine.

« Au scrutin, M. Terrier a été nommé par **571** voix sur **730** votants. »

Tous nos compliments à l'heureux lauréat. Il ne faudrait pas plus de voix pour être conseiller municipal.

NÉCROLOGIE. — Le Dr Bertherand, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de l'Algérie*, noyé accidentellement. — Le Dr Peyreigne, de Toulouse, reçu en 1853, décédé le 22 mai, à l'âge de 63 ans. — Le Dr Almarie (X.), de St-Amans-Soult (Tarn), reçu en 1854. — Le Dr Lantier, de Paris. — Le Dr Laurent de Vincennes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des cures d'amaigrissement, par le Dr Philbert, de Brides-les-Bains, in-8. 4 fr.

De l'influence de l'amaigrissement sur la stérilité, par le Dr Philbert, de Brides-les-Bains, in-8. 4 fr.

Gall et sa doctrine, par le Dr F. Nivelet, de Commercy, in-8, 278 p. Paris, Alkan, 1890.

L'enseignement au Collège de chirurgie, depuis son origine jusqu'à la Révolution française, par le Dr A. Corlieu. Paris J.-B. Baillière, 1890, in-8, 2 fr.

Bulletin de la mortalité *du* 18 *au* 24. *mai* 1890. — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 50. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 8 — Diphtérie, Croup, 30. — Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses 39. et autres, 8.

Méningite, 43. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 35. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 62.

Bronchite aiguë 29, chronique, 27. — Broncho-pneumonie 15 pneumonie, 46.

Gastro-entérite : Sein, 14 biberon 52

Diarrhée au-dessus de 5 ans. 4.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2

Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 17. — Suicides 8. autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 168. — Causes inconnues, 12.

Nombre absolu de la semaine : 948. — Résultat de la semaine précédente : 1068.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — **Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.**

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puissant reconstituant.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Cézard**, ne *constipe pas.*

QUINIUM ROY granulé, extrait normal de quinquina soluble

ANÉMIE **LA BOURBOULE** DIABÈTE
Enfants débiles, Voies respiratoires
MALADIES DE LA PEAU. RHUMATISMES

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.